FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 — N° 759

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LOMBARD, André, Georges, né le 11 Mars 1922

LAIGNES (Côte-d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1948

INCONTINENCE D'URINE ORTHOSTATIQUE CHEZ LA FEMME

APRÈS

TRAUMATISME OBSTÉTRICAL ou CHIRURGICAL

Opération de STUDDIFORD

Président : M. PORTES, Professeur

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LOMBARD**

Prénoms : **André, Georges**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LOMBARD, (André - Georges). — Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Studdiford. — *Paris, Imp. Roland* 1949, *in*-8°, 45 *p.*, (*Th. méd.* (*Et.*), *Paris*, 1948- N°)

LOMBARD (André - Georges). — Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Studdiford. — *Paris, Imp. Roland* 1949, *in*-8°, 45 *p.*, (*Th. méd.* (*Et.*), *Paris*, 1948- N°)

LOMBARD, (André-Georges). — Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Studdiford. — *Paris, Imp, Roland* 1949, *in*-8°, 45 *p.*, (*Th. méd.* (*Et.*), *Paris*, 1948- N°)

LOMBARD, (André-Georges). — Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Studdiford. — *Paris, Imp. Roland* 1949, *in*-8°, 45 *p.*, (*Th. méd.* (*Et.*) *Paris* 1948- N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LOMBARD**

Prénoms : **André, Georges**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LOMBARD (**André - Georges**). —
Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Stoddiford. —
Paris, Imp. Roland 1949, in-8°, 45 p.
(Th. méd. (Cl.), Paris, 1948-
n°)

LOMBARD (**André - Georges**). —
Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Stoddiford. —
Paris, Imp. Roland 1949, in-8°, 45 p.
(Th. méd. (Cl.), Paris, 1948-
n°)

LOMBARD (**André - Georges**). —
Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Stoddiford. —
Paris, Imp. Roland 1949, in-8°, 45 p.
(Th. méd. (Cl.), Paris, 1948-
n°)

LOMBARD (**André - Georges**). —
Incontinence d'urine orthostatique chez la femme après traumatisme obstétrical ou chirurgical. Opération de Stoddiford. —
Paris, Imp. Roland 1949, in-8°, 45 p.
(Th. méd. (Cl.), Paris, 1948-
n°)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LOMBARD, André, Georges, né le 11 Mars 1922

LAIGNES (Côte-d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 12 Juillet 1948

INCONTINENCE D'URINE ORTHOSTATIQUE CHEZ LA FEMME

APRÈS

TRAUMATISME OBSTÉTRICAL ou CHIRURGICAL

Opération de STUDDIFORD

Président : M. PORTES, Professeur

1.4.48

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte Loeper, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... Léon **BINET.**
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR ..... Jean **VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Cliniques médicales	BENARD (H.). LAROCHE (G.). HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Clinique Stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

CORDIER (Anatomie)

GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O.R.L.), JAYLE M. (Chimie médicale), BULLIARD (Histologie), DESOILLE (Méd. légale), DOGNON (Physique médicale), Mlle J. LEVY (Pharmacologie).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N...
	DELMAS.
	N...ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Biochimie médicale.	ETTORI.
	SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD.
	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Médecine légale	DEROBERT.
Neurochirurgie	PUECH.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET.
	MAYER.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngoiogie.	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L.C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE.
	HUGUIER.
	LEGER.
	MERLE d'AUBIGNE.

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI.
	PATEL.
	ROUX.
	RUDLER.
	SICARD.
Pathologie expérim....	MERKLEN.
Pathologie médicale.	BROUET.
	CACHERA.
	DECOURT.
	DREYFUS (Gilb.).
	FAUVERT.
	GARCIN.
	HAMBURGER.
	KOURILSKY.
	LAMY.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MAURIC.
	SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE.
	MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale ...	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérap. Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique), GATELLIER (Clinique chirurgicale), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK BRENTANO. MENEGAUX.	Clinique médicale ..	HAGUENAU. MOUQUIN.
		Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique médicale ..	BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.	Clinique ophtalmol..	RENARD.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef	Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS et AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale
de la Faculté de Paris

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'être notre Président de thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos respectueux sentiments.

A MONSIEUR MAYER MAURICE

Agrégé d'Obstétrique
de la Faculté de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Avec nos sincères remerciements

A MONSIEUR MOUGENOT JEAN

Agrégé de Chirurgie
du Val-de-Grâce

Qui nous a permis de nous servir, dans son service, de son expérience chirurgicale.
Avec nos sincères remerciements

A TOUS NOS PROFESSEURS

A NOS JUGES

L'INCONTINENCE d'URINE ORTHOSTATIQUE

chez la FEMME

APRÈS

TRAUMATISME OBSTÉTRICAL ou CHIRURGICAL

Opération de STUDDIFORD

Thèse de M. André LOMBARD

INTRODUCTION

La fréquence du syndrome, incontinence d'urine, chez la femme, est une des premières raisons de l'intérêt de cette étude. Les consultations post-natales et gynécologiques fournissent un nombre important de malades affectées par ce trouble soit à l'état pur soit au milieu d'un cortège symptômatique infectieux, humoral, traumatique ou dyshormonal. Nous nous sommes volontairement limités à un secteur restreint dans le chapitre immense des Incontinences urinaires. Notre étude se limite à l'étude des Incontinences d'urine orthostatique du post-partum et celles consécutives au traumatisme opératoire, des hystérectomies en particulier (en éliminant les conséquences des fautes de technique : lésions de l'appareil urinaire).

Elles ont, nous le verrons, des caractères communs : la dislocation musculo-aponévrotique du périnée peut être le fait du traumatisme opératoire comme du traumatisme obstétrical. La vessie dans sa région trigonale, l'urètre dans son sphincter peuvent être lésés dans les deux cas.

Elles se différencient néanmoins par de nombreux points : le post-partum est dominé par un dysfonctionnement hypophyso-ovarien et en dehors de tout traumatisme, le muscle lisse et strié subit des transformations évidentes dans le sens de l'atonie, la distension. Cette perte du tonus musculaire peut expliquer à lui seul certaines incontinences de caractère hormonal. Nous apportons quelques observations où le traitement par l'hormone mâle a amené une guérison !

Ce qui sépare encore ces deux types d'incontinence d'urine orthostatique est leur mécanisme d'apparition.

L'incontinence d'urine du post-partum peut apparaître isolée sur un périnée cliniquement normal. Les lésions se situent surtout à la région cervico-vésicale. Elle peut s'accompagner de prolapsus génital : cystocèle, rectocèle.

L'incontinence d'urine post-opératoire participe d'un mécanisme différent. La première cause paraît être la disparition des moyens de suspension périneaux. L'hystérectomie totale entraîne, en outre, la constitution d'une faille de l'aponévrose périnéale moyenne.

Le col vésical perd ses moyens de soutien : en particulier, la perte de son adossement à la paroi vaginale antérieure paraît être le « primum movens » de l'incontinence. Signalons la coexistence fréquente, dans ces cas, de cystocele.

Ces faits et des considérations techniques nous ont semblé être la voie d'indications thérapeutiques intéressantes.

Dans la multitude des interventions chirurgicales proposées, notre but a été de choisir l'opération ou les opérations reconstituant, à défaut d'un sphincter normal, une sangle cervico-vésicale de fermeture suffisante pour rétablir une miction normale.

Parmi ces interventions, nous avons réalisé avec nos maîtres l'opération de Studdiford, intervention nouvelle en France, dérivée de celle de Michon. Elle vient de prendre place dans la gamme des cervico-cystopexies par voie abdomine-vaginale, en raison de sa facilité technique et de ses résultats.

Tel est le but de ce travail, appuyé par quelques observations de cette affection, d'apparence bénigne, mais grave dans ses conséquences psychiques, véritable infirmité, qui a pu entraîner chez une de nos patientes des idées de suicide.

L'ensemble de notre travail se présentera sous cinq chapitres différents :

1° **L'examen clinique :**

a) Définition,
b) signes d'alarme du malade,
c) diagnostic différentiel,
d) bilan des lésions.

2° **Le traitement.**

a) Bases anatomo-physiologiques,
b) bases étiologiques,
c) thérapeutique et techniques opératoires,

— Marion
— Perrin
— Leger
— Michon.
— Studdiford.

3° **Les résultats et les observations.**

4° **Les indications opératoires.**

5° **Les conclusions.**

CHAPITRE PREMIER

EXAMEN CLINIQUE

1° Définition.

Il faut tout d'abord donner un sens précis à ce terme « incontinence d'urine orthostatique », qui est un syndrome bien différent des mictions involontaires, des mictions inconscientes ou de l'incontinence d'urine essentielle prise dans son sens étymologique.

— **L'incontinence,** dit Couvelaire, de in (privatif) et continère (contenir) implique que le réservoir est perpétuellement vide parce que continuellement vidé.

— Dans la **miction involontaire,** le sujet ne peut freiner son envie d'uriner lorsque la vessie s'est remplie.

— Enfin il y a **miction inconsciente** lorsque l'urine s'écoule sans qu'il y ait perception du besoin.

Le syndrome, qui nous occupe, s'éloigne, évidemment, de l'incontinence prise dans son sens étymologique, car la malade ne perd pas continuellement ses urines, mais il tend à se rapprocher de la miction involontaire ou inconsciente, tout en s'en différenciant par deux termes : miction involontaire ou inconsciente dans la **position debout** et consécutive à un **effort.**

Le plus souvent la malade perçoit l'envie d'uriner, et urine normalement quand elle veut, dans la position au repos. Le cortex cérébral contrôle donc parfaitement la miction.

Mais dès qu'il y a effort, et quelle que soit, où à peu près, la quantité d'urine contenue dans la vessie, et qu'il y ait besoin ou non d'uriner, il y a perte des urines.

D'autre part, le terme le plus important du syndrome est **l'effort.** Car, s'il peut arriver qu'une femme perde ses urines lors du passage de la position couchée à la position debout, dans cette dernière attitude elle peut très bien garder ses urines s'il n'y a pas l'effort surajouté, et, par contre, si le terme « effort » vient se surajouter à la position couchée, il est très possible qu'il y ait miction involontaire.

Plus donc, que d'une incontinence, il s'agit d'une **miction involontaire** ; plus que d'une miction involontaire orthostatique, il s'agit d'une miction involontaire **consécutive à un effort.**

Plus même que d'une miction involontaire, il s'agit d'une miction forcée, puisque le plus souvent la volonté n'a pas à intervenir.

Nous définirons définitivement notre syndrome.

« Incontinence d'urine orthostatique chez la femme » par les deux termes :

a) **Miction forcée**

b) **Consécutive à un effort.**

2° Signes d'alarme du malade ?

On peut très bien concevoir que le seul symptôme « perte des urines » puisse amener la femme à consulter et, en effet, bien souvent la malade ne vient que pour cette infirmité gênante et ne déclare que ce seul ennui. Mais d'autres fois ce symptôme n'est pas isolé et, souvent aussi, il ne ressort que difficilement de l'interrogatoire.

On peut donc se trouver en présence de trois cas :

a) La malade ne connaît pas son incontinence.

b) La malade déclare certains troubles, plus son incontinence.

c) La malade ignore son incontinence ou n'est pas gênée par elle, ou ne veut pas l'avouer.

Comme dans tout examen clinique, l'interrogatoire a donc une grande importance et, d'ailleurs, seul, l'interrogatoire peut révéler au premier abord cette miction forcée.

On interroge donc la malade : celle-ci nous apprend que son incontinence est isolée, ou associée à d'autres troubles, ou, alors, ces troubles nous font rechercher l'existence de l'incontinence.

A la suite de cet interrogatoire qui a révélé, le plus souvent, comme troubles associés :

— une descente des organes génitaux ;

— des douleurs du bas-ventre ;

— des mictions douloureuses ;

— des règles irrégulières ;

— des Méno ou des Métrorragies ;

— de la leucorrhée et autres troubles gynécologiques ;

sans que l'on puisse parler de causes povocatrices, il importe avant tout de rechercher les antécédents tant médicaux que chirurgicaux et qu'obstétricaux.

La malade peut avoir eu une cystite, de la colibacillose, des calculs vésicaux ; l'incontinence peut être apparue à la suite d'une opération gynécologique ou urinaire, ou à la suite d'un ou plusieurs accouchements. Bien entendu, la malade peut être, aussi, indemne de toute affection antérieure, n'avoir jamais été opérée et se classer parmi les nullipares.

Il faut donc :

En premier lieu, être sûr qu'il s'agisse bien d'une miction forcée consécutive à un effort ;

En second lieu, éliminer les causes différentes de celles qui nous intéressent dans ce travail.

Car nous nous limiterons dans cette étude à deux cas bien spéciaux :

— **La miction forcée consécutive à un effort, après traumatisme chirurgical ;**

— **La miction forcée consécutive à un effort, après traumatisme obstétrical.**

Deux cas précis auxquels nous ajouterons encore un cas plus spécial :

— **La miction forcée consécutive à un effort, par maladie du col vésical.**

Nous reviendrons ultérieusement sur ce dernier fait.

3° Diagnostic différentiel.

a) S'agit-il d'une incontinence d'urine ortnostatique ou mieux, d'une miction forcée consécutive à un effort... ?

b) S'agit-il vraiment d'un col vésical malade, d'un sphincter disloqué, aplasique ou détruit ?...

telles sont les deux questions que nous aurons à nous poser pour éliminer tout ce qui ne fait pas partie de notre description. L'interrogatoire doit donc être précis, l'examen clinique complet.

a) S'agit-il d'une miction forcée consécutive à un effort ?...

Il faut, tout d'abord, éliminer l'**Enurésie** ou la miction involontaire nocturne. Celle-ci, qui se voit le plus souvent chez l'enfant avant la puberté peut se retrouver chez l'adolescente, même après un intervalle libre plus ou moins long.

Cette affection qui se différencie totalement, semble-t-il, du sujet qui nous occupe, présenté dans son étiologie variée la possibilité de troubles endocriniens, ce qui la rattachera, peut-être, à cette maladie du col vésical surajoutée ou accompagnant le syndrome d'hyperfolliculinie, maladie que nous étudierons un peu plus loin.

Après cela, nous chercherons à préciser par l'interrogatoire les caractères de l'écoulement :

M. Couvelaire dit :

— L'écoulement est-il continuel, nocturne et diurne avec mictions complètement supprimées : on peut prévoir un réservoir percé d'une large orifice.

— L'écoulement est-il continuel, nocturne et diurne avec mictions fréquentes : il s'agit probablement d'un réservoir sans capacité des cystites.

— Est-il continuel, nocturne et diurne avec mictions conservées : il y a plutôt réservoir percé d'un petit orifice ou l'abouchement anormal d'un uretère à l'extérieur.

— L'écoulement est-il intermittent sous forme de goutte à goutte : cela fait penser à l'incontinence des rétrécis à celle des maladies du système nerveux, à celle des grands distendus urinaires.

— Est-il intermittent sous forme de miction involontaire nocturne, et c'est cette énurésie infantile dont nous avons déjà parlé, ou une distension vésicale d'origine centrale et d'origine cervico-prostatique.

Enfin, si l'écoulement ne présente aucune de ces qualités, est-il intermittent sous position verticale, à l'effort, et jamais au repos : il est alors probable que nous trouverons un sphincter disloqué, aplasique ou totalement détruit et que nous serons en face du syndrome étudié.

b) **Eliminer toutes les causes autres que la maladie du col, le traumatisme opératoire ou obstétrical.**

Les antécédents et l'interrogatoire nous ont déjà permis de nous rendre compte du polymorphisme dans l'étiologie de l'incontinence. Il faut aller plus loin et faire à présent un examen médical complet de la malade.

Ce qui frappe avant tout, c'est l'incontinence d'urine : le praticien se trouve donc attiré immédiatement vers ces urines et vers tout le **système urinaire.** Qu'elles soient troubles, purulentes, ou claires, il faut avant tout rechercher par un examen cyto-bactériologique, si oui ou non elles contiennent des microbes et surtout des bacilles de Koch.

Il faut donc éliminer :

— les cystites, tuberculeuses, néoplasiques, calculeuses

— les pyélonéphrites
— la tuberculose rénale
— les tumeurs rénales et vésicales
— les tumeurs du petit bassin, depuis le kyste de l'ovaire jusqu'aux énormes fibromes enclavés ou non.

D'autre part, il ne faut pas oublier de rechercher une stagnation vésicale, découverte par le simple palper hypograstrique. Même chez la femme, il faut rechercher ce globe vésical, signe distinctif des rétrécis. Puis, la simple inspection peut parfois nous donner la cause d'une incontinence. Examinons l'urètre : il peut s'agir d'un hypospadias, l'urêtre et le vagin communiquant, d'un épispadias, quoique le deuxième cas soit rare chez la femme et que le premier cas ne s'accompagne pour ainsi dire jamais d'incontinence.

Il faut ensuite explorer l'urètre sur tout son parcours, aussi bien sur sonde qu'avec le secours de l'urétroscopie ou mieux, de l'urétrographie. On peut découvrir une poche diverticulaire sous urétrale qui se remplit pendant la miction et se vide après elle. Il y a urétrocèle, d'origine congénitale au traumatique et ceci donne une incontinence post-mictionnelle très caractéristique.

L'examen de l'urètre chez la femme peut encore faire découvrir autour du méat urétral un orifice anormal laissant soudre de l'urine. Cet orifice anormal ne peut être nié si l'on ne pratique pas systématiquement une urographie, qui montrera parfois un rein surnuméraire. Sinon une urétroscopie peut découvrir l'abouchement urétral de l'uretère et une urétrographie mictionnelle peut dessiner le conduit anormal par reflux (Couvelaire).

L'examen urinaire terminé, l'examen clinique doit s'orienter vers le **système nerveux,** grand directeur en fin de compte du contrôle de la miction.

Le système sphinctérien peut être paralysé et ne plus répondre aux commandes cérébrales. Il est si facile d'oublier de rechercher l'abolition d'un réflexe rotulien ou achilléen et un tabes est ignoré.

Il faut éliminer le tabes, la paralysie générale, une sclérose en plaques, une sclérose latérale amyotrophique, une syringomyélie ; quelquefois les signes nerveux sont évidents, souvent il faut les rechercher avec le plus grand soin.

Dans les antécédents rapprochés, il ne faut pas oublier non plus de découvrir une anesthésie rachidienne, voire épidurale, capable de bloquer les commandes médullaires. Si celle-ci ne donne qu'une incontinence toute transitaire, celle-là peut provoquer des mictions involontaires persistantes.

Il reste encore deux examens importants à demander :

— une radiographie du rachis ;
— une urétroscopie.

La radiographie du rachis recherchera un agent de compression du cul de sac dural, l'urétroscopie une épine irritative urétro-cervicale. La radiographie du rachis permet de découvrir, parfois, une fracture méconnue des lames, un spina bifida occulta ou tout agent de compression capable de retentir sur les conductions nerveuses. L'urétroscopie, enfin, déjà faite pour rechercher des lésions congénitales permet encore de trouver une épine irritative, comme des néoformations polypoïdes de l'urètre postérieur, épine irritative responsable du blo-

cage de la conduction nerveuse.

Ainsi, chez une femme qui se présente en consultation avec ce syndrome d'incontinence d'urine orthostatique, l'examen clinique approfondi nous permet d'éliminer déjà la fausse incontinence d'urine orthostatique et d'éliminer aussi toutes ces causes de miction involontaire qui ne font pas partie de notre sujet ;

et surtout d'éliminer :

— **un tabès ;**

— **un orifice anormal de l'urètre.**

Dès à présent notre investigation clinique n'a plus alors qu'à s'orienter vers un des trois chapitres :

— la maladie du col, trouble endocrinien ;

— le traumatisme chirurgical ;

— le traumatisme obstétrical.

Il ne reste plus qu'à interroger la malade, à faire un examen génital complet et à rechercher des troubles endocriniens.

4° **BILAN DES LESIONS - OBSERVATIONS.**

a) Ce peut être une femme ayant subi **une ou plusieurs opérations chirurgicales** et principalement : une hystérectomie sub-totale, ou totale, par voie abdominale ou vaginale ; une urétrotomie interne, une périnéorraphie, etc...

Dans ce cas, le plus souvent, les lésions ou les symptômes associés sont minimes.

b) Ce peut être une femme ayant eu des **accouchements lointains ou récents**, dystociques ou non.

Les Américains distinguent deux sortes d'incontinence post-partum :

— l'incontinence qui survient immédiatement après un accouchement et qui laisse présager une destruction du sphincter.

— l'incontinence qui apparaît plus ou moins longtemps après un accouchement et qui est le plus souvent associée à un effondrement périnéal.

Dans ce cas, les lésions ou les symptômes associés sont plus importants.

c) Ce peut être enfin une femme n'ayant aucun antécédent obstétrical et n'ayant subi aucune opération chirurgicale :

— **une femme âgée,** aux environs de la ménopause, porteuse ou nom de kystes de l'ovaire ou de fibro-myomes utérins.

— **une jeune femme,** présentant des règles irrégulières et très abondantes, ou une aménorrhée persistante et chez laquelle on peut retrouver facilement, par exemple, un syndrome d'**hyperrolliculinie.**

Nous verrons d'ailleurs qu'il n'est pas impossible que puissent être liés ces deux cas.

Ici, il n'y a pas de lésions génitales associées mais l'attention doit se porter vers le système endocrinien et l'on ne doit pas méconnaître l'existence d'un adénome surrénalien, d'un syndrome thyroïdien ou hypophysaire, syndromes surajoutés qui justement donnent crédit

à l'hypothèse endocrine. L'incontinence d'urine, rythme par la menstruation, et celle, consécutive à un accouchement et guérissant vers le retour de couches, viennent s'ajouter à ce crédit.

Nous y reviendrons plus longuement dans un autre chapitre.

Pour bien montrer les différents antécédents et les différents symptômes présentés par la madale qui vient en consultation, nous citerons, à présent, quelques observations, passant sous silence les examens différentiels qui, répétons-le, doivent systématiquement être faits avant de classer la malade dans une de nos trois catégories.

Nous ajouterons, enfin, pour limiter un peu plus notre sujet, que nous ne nous occuperons, dans les lésions consécutives aux traumatismes opératoires et obstétricaux, que des lésions fermées, éliminant de ce cadre toutes les plaies ouvertes, c'est-à-dire les fistules tant urétro-vaginales, vésico-vaginales que vésico-utérines.

PREMIERE OBSERVATION.

Madame V... n'a présenté aucune grossesse, mais elle a été opérée en juin 1946 d'une hystérectomie sub-totale pour fibrome. Elle a 40 ans lorsqu'elle vient en consultation pour incontinence d'urine, soit six mois après intervention chirurgicale.

Depuis l'opération ses règles sont normales : 30 jours — 5 jours. L'examen gynécologique révèle un léger cystocèle. Le col utérin est très mobile. A l'examen de l'urètre, il n'y a pas de découvertes anormales. Il n'y a pas d'aplasie sphinctérienne.

En conclusion, il semble bien que cette incontinence survenue assez rapidement après l'intervention ne soit en rapport qu'avec la descente du col utérin et la section des moyens de suspension du col vésical.

DEUXIEME OBSERVATION.

Madame B..., 34 ans, toujours bien réglée, fait en janvier 1944 un premier accouchement qui dure trente-six heures, et se termine par un forceps et une épisiotomie.

Dans le mois qui suit, elle fait une incontinence d'urine grave, sans cystocèle. Grave, parce que le psychisme de la femme est atteint et qu'elle parle de mettre fin à ses jours ; aucune lésion associée, mais aplasie sprinctérienne.

Nous avons affaire de toute évidence, là, à une incontinence port-partum, et, dans la classification des Américains, à une incontinence survenant immédiatement après l'accouchement.

TROISIEME OBSERVATION.

Madame L..., 35 ans, a un accouchement au mois de septembre 1946 dont on ne connaît pas les détails, sinon que ce fut un siège.

Trois semaines après, incontinence d'urine. A l'examen, cystocèle avec urétrocèle importantes.

Là encore, il s'agit d'un traumatisme post-partum, donnant comme conséquence rapide des mictions involontaires.

QUATRIEME OBSERVATION.

Madame E..., 42 ans, bien réglée jusqu'en 1947, présente dans ses antécédents un accouchement il y a 18 ans. Depuis 1946, incontinence d'urine. Pas d'opérations gynécologiques ou urinaires. A la cystosco-

pie : varicosités du col vésical, et légère aplasie sphinctérienne. Col métritique. Utérus fibreux.

Là, le traumatisme obstétrical ne peut être prouvé et il peut aussi bien s'agir d'une aplasie sphinctérienne en relation avec la période préménopausique de la malade, période réputée hyperfolliculinique. Il n'a été fait ni dosages d'hormones, ni biopsie d'endomètre.

CINQUIEME OBSERVATION.

Madame G..., 26 ans, réglée normalement, présente dans ses antécédents deux accouchements normaux, l'un de 3 ans, l'autre d'il y a un an.

Depuis quelques semaines, soit neuf mois après son dernier accouchement : incontinence d'urines orthostatiques.

A l'examen : rectocèle et cystocèle. On découvre un myome du corps utérin.

Dans cette observation, il s'agit vraisemblablement d'un traumatisme obstétrical, ayant provoqué une cystocèle. L'incontinence est survenue plus tardivement.

SIXIEME OBSERVATION.

Madame M..., 35 ans, dont les deux accouchements, datant respectivement de 1939 et 1941, ont été très normaux et très rapides, à des règles irrégulières et surtout abondantes.

Elle présente une incontinence d'urines depuis 1944, incontinence rythmée plus spécialement par les périodes intermenstruelles.

Elle présente en outre quelques signes d'hyperfolliculinisme, affirmés par des frottis vaginaux, et un petit myome du corps utérin.

Quoi qu'il soit difficile de prouver l'origine unique, endocrinienne de cette incontinence, nous verrons que dans ce cas les sels de testostérone ont agi avec une remarquable efficacité.

De ces six observations que nous reprendrons au moment du traitement en en ajoutant d'autres, il résulte que la malade présente, en général, un minimum de symptômes et un minimum de lésions. Il résulte d'autre part, et nous le verrons d'une manière plus approfondie, que l'on ne peut pas classer schématiquement les malades en trois groupes trop séparés, les lésions du post-partum pouvant se retrouver dans l'incontinence post-opératoire, et l'hyperfolliculinie pouvant très bien se surajouter à toute autre lésion.

Quoi qu'il en soit, devant une telle malade, il importe avant tout de faire un bilan des lésions, un bilan précis, qui, seul, permettra d'orienter la thérapeutique.

C'est cette thérapeutique que nous allons étudier à présent à la lueur des bases anatomo-pathologiques et étiologiques et des différentes techniques opératoires qui sont à notre disposition.

CHAPITRE DEUXIEME

LE TRAITEMENT

1° Bases anatomo-physiologiques.

A. - La région cervico-vésicale normale.

Nous nous permettrons de rappeler quelques notions d'intérêt pratique, pour comprendre les modifications pathologiques qui interviennent sur cette zone.

De l'urètre féminin, retenons sa brièveté (38 millimètres en moyenne), son élasticité (il est facilement dilatable à 20 millimètres) et surtout sa direction : sa courbure parallèle à la courbure vaginale fait avec le col vésical un angle très ouvert. A quelques millimètres de l'angle vaginal, il traverse l'aponévrose périnéale moyenne.

Notons quelques précisions anatomiques :

a) La situation de l'urètre vis-à-vis de la symphyse pubienne.

— l'orifice supérieur cervico-vésical est à deux ou trois centimètres en arrière de la symphyse, sur son trajet horizontal la traversant au-dessous de sa partie moyenne.

— Le méat vulvaire débouche à deux centimètres au-dessous du clitoris, à dix-sept millimètres en moyenne du bord inférieur de la symphyse.

b) Les sphincters urétraux.

Le sphincter lisse n'est autre que l'adaptation des couches musculaires vésicales dans la zone cervico-urétrale. Nous retrouvons donc une longitudinale interne, continuation de la plexiforme vésicale et une circulaire externe prolongeant les fibres circulaires de la vessie. Le sphincter, lui, est doublé d'un système strié : anneau complet en haut de la région cervicale, anneau brisé dans sa moitié postérieure, dans les trois-quarts inférieur de l'urètre, et dont les bords latéraux viennent se perdre sur les parois antéro-latérales du vagin.

c) Précisons encore les rapports intimes urétro-vaginaux.

Il n'existe pas de plan de clivage anatomo-chirurgical entre les trois-quart inférieurs de l'urètre et la paroi vaginale antérieure. Il s'agit d'une cloison unique, la cloison urétro-vaginale de Testut.

Seule, la portion cervico-urétrale est anatomiquement dissociable de la cloison vaginale antérieure.

Ce point anatomique explique la difficulté et les dangers de certaines cervico-cystopexies type Goebel-Stoeckel.

B. - Les moyens d'attache cervico-vésicaux.

Le col subit l'attraction vers le haut du dôme vésical. Les anatomistes décrivent des ligaments propres qui assureraient la fixation du col vésical.

On a décrit les ligaments pubo-vésicaux médians et latéraux (dépendance de la grande lame sacro-génito-pubienne de Delbet).

Les constatations opératoires font peu de cas de ces ligaments ou leur absence est-elle du domaine pathologique et explique-t-elle, comme l'écrit Perrin, l'ouverture exagérée de l'angle cervico-urétrale

cause de l'incontinence ?

Nous pensons que les moyens les plus efficaces de soutènement du col vésical sont extrinsèques : d'une part l'aponévrose périnéale moyenne, véritable plancher sur lequel s'appuie le bas-fond vésical et l'urètre, suspendu dans cette aponévrose, est souvent rompu ou traumatisé lors du dégagement obstétrical.

D'autre part, l'adossement de la paroi vaginale antérieure : une déficience de cette paroi ou l'interposition d'une cystocèle change considérablement la statique de l'urètre.

Toute cause qui entraîne donc une déhiscence de cette paroi vaginale antérieure (certaines hystérectomies par exemple) peut retentir sur la fonction vésicale.

Reconstituer ces moyens d'attache chirurgicalement est souvent une utopie. Il ne peut être question de refaire les ligaments pubo-vésicaux. D'autre part, la reconstitution du plancher antérieur de l'urètre se heurte souvent à des difficultés anatomiques : les tissus trouvés, l'aponévrose d'Halban, les faisceaux antérieurs des releveurs, les muscles érectiles sont le plus souvent atrophiés et de mauvaise qualité : et ce peut être une raison des échecs de la reconstitution isolée du plancher urétro-cervical dans certaines incontinences.

C'est pourquoi, lors de l'insuffisance de ces moyens de soutènement, il faudra ajouter à la réfection du col vésical des plasties qui viseront à suspendre le col vésical, à l'attirer vers la cavité abdominale en soulageant l'aponévrose périnéale moyenne.

Par contre, les voies combinées se heurteront à des difficultés techniques.

Nous insisterons encore sur :

— le danger du clivage urétro-vaginal fait par voie uniquement abdominale (Goebel-Stoeckel). Les opérateurs qui ont choisi cette tactique se sont heurtés à de multiples difficultés et nombreux ont été les incidents : rupture vaginale et vésicale.

La voie abdominale pure sous péritonéale ne rencontre dans l'abord antérieur du col que la dislocation du celluleux de l'espace de Retzius.

La découverte de la paroi antérieure, prudente, plan par plan est pratiquement exsangue. Mais le celluleux offre un danger infectieux réel que nous avons rencontré.

La voie vagino-abdominale est la tactique chirurgicale idéale pour cravater le col vésical. La colpotomie antérieure permet un abord de la face antérieure du col sans danger, sous le contrôle permanent de la vue. La traversée des espaces latéraux cervicaux retro-symphysaires est exempte de tout danger.

La découverte de la face antérieure du col par voie abdominale permet alors de « faire le tour » du col vésical.

C'est la tactique employée par Michon, Aldridge, Studdiford.

2° Bases étiologiques.

A. - Le traumatisme obstétrical.

Durant la grossesse on a signalé des lésions du col vésical, lors

d'une gestation dans un utérus rétroversé. La poussée du col utérin sur la région cervicale contre la symphyse a pu provoquer des œdèmes, des ecchymoses de l'orifice urétral interne ou de la zone du trigone. La vessie est particulièrement exposée dans l'accouchement.

Des cystogrammes, des examens cystoscopiques ont démontré les modifications subies par la vessie et sa muqueuse durant le travail. Dès le début du travail, le pôle engagé au détroit supérieur comprime la vessie contre la symphyse. La vessie prend souvent une forme en demi-lune.

Durant la descente, cette vessie bilobée avec un segment abdominal et un segment pelvien, semble choisir sa destinée. Ou bien elle vient complètement en situation pelvienne, sous-symphysaire, coiffée de la tête fœtale qui descend et elle fait saillie sous la paroi vaginale antérieure.

Ou bien elle reste en position pelvienne et le pôle fœtal appuie le trigone et le col vésical contre la face postérieure de la symphyse.

On a signalé le danger des calculs urétraux ou vésicaux qui, interposés entre deux plans (symphyse et tête fœtale) peuvent traumatiser gravement la vessie. Des examens cystoscopiques pratiqués au cours de la descente (Reinhardt) ont confirmé cette atteinte vésicale.

Immédiatement après l'accouchement on a pu constater des ruptures vésicales surtout dans la zone du trigone. Le forceps en a souvent été un agent déterminant. La rupture est souvent méconnue d'ailleurs et la fistule vésico-vaginale consécutive au dixième ou douzième jour de l'accouchement signe la lésion vésicale.

Sans toujours atteindre cette gravité, la cystoscopie montre de façon habituelle :

— un œdème important de la base vésicale, de la paroi antérieure, et un œdème circum-sphinctérien ;

— des ecchymoses du trigone, un piqueté hémorragique, un épanchement sous épithélial.

Retenons encore, comme fait habituel, l'atonie vésicale sous la dépendance de facteurs multiples : traumatiques et hormonaux.

a) Le facteur traumatisme seul, mérite de retenir l'attention. Il est incontestable, en effet, que les accouchements prolongés, aggravés d'une application de forceps intempestive peuvent entraîner des lésions graves de la région cervico-sphinctérienne : déchirures, étirement, élongation, fissures, hémorragies.

b) Le facteur endocrinien mérite une part importante dans l'atonie.

Bien connus sont les effets de la grossesse sur le système musculaire lisse et strié. On connaît les ptoses, la déficience, la fonte des muscles abdominaux. Cette « atonie » musculaire générale, la réaction hyperplasique de tous les tissus musculaires de l'arbre urinaire peut expliquer encore la perte des moyens de soutien du col vésical : paroi vaginale et plancher périnéal.

c) Les facteurs secondaires peuvent entrer en jeu mais semblent d'importance mineure : l'âge, le type morphologique. Certains auteurs attribuent une importance à la morphologie osseuse du bassin, à la position foétale in utéro, à des facteurs toxiques (toxémie gravidique).

Quelle est la part de la compression des nerfs du pelvis ? des tiraillements du plexus hypogastrique ? Quelle est l'importance du

facteur musculaire ? Autant d'hypothèses qui peuvent avoir un rôle dans le déterminisme de l'incontinence d'urine post-partum.

B. - Le traumatisme opératoire.

Il est tout à fait différent dans ses lésions et ses conséquences. A moins, en effet, que le col soit atteint de lésions antérieures, ou que la malade présente une dysharmonie hormonale surajoutée, le traumatisme opératoire ne provoque pas de lésions au col vésical, étant bien entendu que nous éliminons les fautes de technique opératoire pouvant provoquer ces mêmes lésions.

De quoi s'agit-il en ce cas ? On peut schématiquement distinguer deux cas reliés entre eux, mais où les conséquences et où les lésions sont plus importantes dans l'un des deux.

On intervient chirurgicalement et l'on fait soit une hystérectomie totale, soit une hystérectomie sub-totale.

Dans l'un et l'autre cas, il y a rupture des moyens de suspension du col utérin.

Les ligaments ronds sont sectionnés. Les ligaments larges aussi et souvent aussi les ligaments utéro-sacrés. Dans l'hystérectomie totale, en outre, le col utérin lui-même disparaît, ce qui provoque automatiquement un effondrement de la paroi vaginale antérieure. Le col vésical, dont la position, nous l'avons vu, est tributaire des différentes positions du col utérin et s'appuie sur cette paroi vaginale antérieure, trouve devant lui un large espace dans lequel il peut s'engager et il ne manque pas de le faire, les ligaments pubo-vésicaux ne pouvant être une entrave à sa descente. Les ligaments pubo-vésicaux, en effet, nous l'avons montré, correspondent la plupart du temps à une formation défectueuse.

Dans l'hystérectomie totale, il y a donc, non seulement section des ligaments suspenseurs de l'utérus et du col utérin, mais aussi déhiscence du plancher périnéal lui-même.

La vessie et son col suivent la destinée de cette paroi déhiscente. On peut donc concevoir une pathogénie mécanique pure où l'incontinence s'associe au cystocèle ou lui succède à brève échéance. Comment alors expliquer l'incontinence ? Il ne suffit pas, en effet, qu'il y ait cystocèle pour qu'il y ait incontinence. Et, souvent, ce ne sont pas les cystocèles les plus importantes qui s'accompagnent d'incontinence d'urine orthostatique. Nombreux sont les cas de cystocèle, plus rares sont les cas d'incontinence.

D'autre part, l'incontinence peut exister sans qu'il y ait de prolapsus vésical.

S'il n'y a pas de lésions du col vésical et si l'on ne peut faire intervenir un facteur endocrinien, il doit exister une autre cause : nous croyons qu'il faut la rechercher dans la simple courbure urétrale qui n'est plus la même qu'à l'état normal.

Nous avons vu, dans les bases anatomiques étudiées, que l'urètre féminin est court (38 mm.) et surtout qu'il offre une courbure parallèle à la courbure vaginale et qu'il fait avec le col vésical un angle très ouvert.

Si la paroi vaginale antérieure s'effondre et si le col vésical suit la destinée de cette paroi, l'angle que fait le col vésical avec la direction urétrale n'est plus la même et peut, à l'extrême limite s'inverser,

C'est dans cette différence de courbure et d'angle qu'il faut, nous croyons, rechercher les causes de l'incontinence, cette courbure et cet angle pouvant agir sur la tonicité du sphincter.

Plus qu'une maladie ou une lésion du col, il y a transformation de l'angle vésico-urétrale. C'est sur cet angle qu'il faudra agir chirurgicalement comme nous le verrons dans les indications opératoires.

C. - Le Syndrome Endocrinien.

La vessie est un muscle creux composée :

— d'un élément contractile de pulsion, le Détrusor d'innervation sympathique.

— et d'un élément bisphinctérien de contrôle constitué.

— d'une bague musculaire lisse d'innervation sympathique.

— et d'une hémibague musculaire striée d'innervation cérébro-spinale, c'est-à-dire soumise à la volonté.

Dans le syndrome endocrinien il y a maladie de la fibre musculaire lisse :

Nous entendons par là :

a) l'atonie des parois vésicales,

b) l'atonie des muscles sphinctériens,

c) et celle du plancher musculaire pelvien.

Mais il semble difficile de prouver qu'il s'agit bien d'une maladie de la fibre musculaire elle-même. Nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits certains dans ce domaine si mystérieux de l'endocrinologie.

Le stade expérimental n'est pas encore dépassé et c'est à la faveur seule des brillants résultats de la thérapeutique endocrinienne que l'on est obligé de penser aux hypothèses que nous formulons.

Plus qu'une maladie de la fivre musculaire elle-même, ne s'agit-il pas aussi bien d'une dégénérescence du système nerveux sympathique ou parasympathique, impossible avec nos moyens actuels, à diagnostiquer ? Ou encore, et plus vraisemblablement, n'y a-t-il pas localisation élective de la lésion à la plaque myoneurale ?

On peut très bien concevoir le muscle ou son système moteur comme un des récepteurs hormonaux hypophyso-ovariens au même titre qu'une muqueuse génitale. Ne serait-il pas possible aussi de supposer qu'un catalyseur chimique puisse intervenir ?

Nous répétons que nous ne faisons là que des hypothèses basées uniquement sur certains résultats de traitement endocrinien. Les bases scientifiques ne sont pas encore entrées dans le domaine de la réalité. Peut-être viendront-elles bientôt ? Toujours est-il qu'il est curieux de faire un rapprochement entre ces incontinences orthostatiques survenant chez une femme présentant un syndrome net d'hyperfolliculinie, avec les incontinences des suites normales de couches, cet incontinence-ci survenant justement au moment d'un déréglement hypophyso-ovarien et cessant, pour la plupart du temps, au moment du retour de couches, période où le système hypophyse-ovaire se remet en activité.

De même que l'on a recherché dans l'Enurésie infantile des bases et des thérapeutiques endocriniennes, de même on peut et l'on doit, sur la foi des résultats de la thérapeutique, penser que les fibres

musculaires lisses du col vésical et de son sphincter, ou leur système nerveux sont influencés par un dérèglement hormonal.

On peut encore rapprocher de ce fait les mictions involontaires rythmées par la menstruation ou leur coexistence avec un adénome surrénalien, un syndrome thyroïdien, un syndrome hypophysaire, toutes données qui apportent crédit à l'hypothèse endocrine.

D. - En reprenant nos trois étiologies :

— obstétrical
— opératoire
— endocrinienne.

Nous voulons insister sur le fait que cette séparation des trois étiologies est toute arbitraire, mais qu'elle peut correspondre à la réalité, encore qu'il soit difficile de le prouver. Mais on peut très bien concevoir, et c'est sûrement vrai, pour la plupart des cas, une association plus ou moins nette des différentes étiologies. Que le syndrome endocrinien vienne se surajouter au traumatisme obstétrical, il n'y a rien là que de normal. Que l'on retrouve, après traumatisme obstétrical, les mêmes symptômes et les mêmes lésions que ceux provoqués par le traumatisme opératoire, c'est évident.

Le traumatisme obstétrical est, en effet, capable lui aussi d'être cause d'une cystocèle et, par là même, d'un changement de courbure urétrale, car l'effondrement périnéal postérieur entraîne souvent l'effondrement du périnée antérieur et avec lui entraîne dans sa destinée la vessie et son col.

Nous voyons donc la possibilité d'une association des différentes étiologies, ce qui nous amènera, par la suite, dans les indications thérapeutiques à envisager une association des différentes thérapeutiques.

Nous allons, à présent, passer en revue ces différentes thérapeutiques. Nous nous excusons de ne pas signaler tous les chirurgiens qui ont apporté quelques techniques particulières au traitement de l'incontinence : ils sont innombrables, ce qui prouve justement qu'il n'y a pas de technique parfaite et ce qui prouve la difficulté de poser des indications opératoires.

Nous ramènerons les différentes techniques à trois types, en nous permettant de rappeler les opérations les plus classiques et en insistant, un peu plus spécialement, sur une technique opératoire, nouvelle venue et encore peu connue :

l'opération de Studdiford

3° Traitement proprement dit.

Nous n'avons pas la prétention de vouloir rappeler tous les traitements employés dans l'incontinence d'urine orthostatique, tant médicaux que chirurgicaux, ni de détailler les multiples techniques opératoires employées. Nous n'avons que pour but, avant d'essayer de poser quelques indications opératoires à la faveur des bases anatomo-pathologiques et étiologiques étudiées ci-dessus, de classer en différentes séries les divers traitements, de rappeler les techniques opératoires les plus employées et d'insister un peu plus spécialement sur une récente technique opératoire, importée d'Amérique, l'opération de Studdiford.

Le but idéal, la restauration d'une miction contrôlée, devrait être la reconstitution d'un sphincter strié suffisant et bien innervé. Mais ce but idéal ne peut, évidemment, être atteint, la reconstitution du sphincter ne pouvant être qu'approximative ou impossible et l'innervation étant irréparable.

Les moyens médicaux et physiologiques ne visent qu'à redonner de la tonicité musculaire au sphincter.

A. - Moyens médicaux.

Nous ne ferons que les citer rapidement :

a) Les massages lombaires.

— Les injections épidurales d'eau distillée et de sérum physiologique.

— L'ergotine, la belladone, la strychnine, les bromures ne sont que des petits moyens qui ont pu avoir leurs succès, mais des succès éphémères et sans avenir.

b) La physiothérapie (ondes courtes, diathermie), un peu plus employée, a eu des succès lors d'incontinence dans des syndromes annexiels ou pelviens d'origine infectieuse.

c) Les traitements endocriniens s'appliqueront, évidemment et avec de fortes chances de réussite complète, lorsque nous aurons un syndrome typique d'insuffisance ou d'hyperfonctionnement endocrinien et ce pourra être :

— Les sels de testostérone ;

— Le lobe antérieur d'hypophyse.

Traitements endocriniens, accompagnés ou non d'un traitement vitaminique, par la vitamine B 1 dont des injections intramusculaires ont apporté récemment des améliorations.

Mais si ces traitements médicaux peuvent avoir quelque part dans l'amélioration de l'incontinence installée depuis peu, nous voyons fréquemment les patientes après des mois et des années d'évolution ; la thérapeutiques médicale n'aboutit alors qu'à des échecs ou à des rémissions très passagères.

d) L'action mécanique sur la courbure urétrale, sur le relèvement de l'orifice méatique de l'urètre peut être réalisé par des infiltrations sous-urétrales.

Et devant l'efficacité temporaire des infiltrations de sérum physiologique novocaïné (50 cc. dans les tissus sous-urétraux par voie vaginale), on peut en faire un test de succès opératoire.

La technique en est facile, anodine, pratiquement indolore. Son résultat n'est, certes, pas durable, mais on peut en tirer un précieux enseignement tactique.

e) — Les injections sclérosantes périurétrales sont abandonnées.

f) — Les infiltrations sacrées et lombaires ne donnent que peu de succès.

B. - Le problème chirurgical.

Ainsi les traitements médicaux, à part ceux visant une étiologie endocrinienne, sont pour la plupart insuffisants, et le problème chi-

rurgical est donc posé fréquemment.

Pour réaliser sa visée idéale, restaurer un sphincter valable, le chirurgien devrait trouver à sa disposition du tissu quantitativement et qualitativement suffisant permettant un bon « cerclage » cervico urétral. Cette restauration ne se conçoit anatomiquement qu'à la base de la vessie ou l'anneau musculaire est complet : or, les interventions sur cette région par voie vaginale ou abdominale, ne permettent pas de retrouver ces précieux éléments musculaires ; il est vrai qu'il s'agit toujours de cas pathologiques.

Devant cette restauration idéale impossible, il faut donc user d'artifices.

Goebel et Stoeckel avaient bien imaginé de conserver à tout prix le muscle pyramidal et son innervation pour en faire une greffe vivante et contractile autour de l'urètre supérieur. Mais si cette intervention a eu de très nombreux succès, l'expérience a montré que la contraction musculaire de ce néo-sphincter était illusoire. Les succès n'étaient pas dus à cette conservation du muscle strié. Des interventions itératives ont montré la dégénérescence des fibres striées. Le seul fait de suspendre le col vésical et de fermer l'angle vésico-urétral paraît la raison des heureux résultats.

L'idée fit naître de nombreux artifices opératoires, des techniques nouvelles, visant à soutenir, à soulever, à entourer le col vésical, à couder l'urètre, le rapprocher de la symphyse en fermant l'angle urétro-vésical. Les injections sous-urétrales n'ont pas d'autre intérêt.

Les différentes techniques opératoires très nombreuses, peuvent se ramener à trois types un peu artificiellement. Nous les étudierons sans aucun souci chronologique pour nous permettre justement de rapprocher des opérations, plus ou moins éloignées dans le temps, mais identiques dans leur but.

Nous trouverons :

1° Des méthodes visant à reconstituer le col vésical, ou plutôt à soutenir l'urètre à l'aide des tissus sous-jacents ;

2° Des méthodes réalisant la suspension cervicale aux tissus rétro-symphysaires et la fermeture de l'angle urétro-vésical ;

3° Des méthodes réalisant un cerclage péri-urétral par des plasties aponévrotiques, réalisant une contention optima.

Nous étudierons enfin, dans un quatrième paragraphe quelques opérations qui, sans avoir le même but, peuvent avoir le même résultat.

1° Méthodes de soutènement urétral.

Ce sont des opérations qui n'empruntent que la voie vaginale.

a) **L'opération de Marion, 1912.**

Dans la description de sa méthode, l'auteur parle de réfection du col vésical. Il s'agit plutôt d'une plicature de tous les tissus sous-urétraux utilisables visant une modification de la courbure urétral.

La technique en est relativement simple :

— Introduction d'une sonde de de Pezzer dans l'urètre pour repérer le col vésical et le trajet urétral.

— Incision de la paroi vaginale antérieure transversalement, immé-

diatement en arrière de l'urètre.

— Décollement de la muqueuse vaginale de la paroi inférieure de l'urètre et de la vessie.

— Réfection du col vésical : on réalise alors la plicature sous-urétrale avec tous les tissus musculo-fibreux trouvés de chaque côté de la ligne médiane : **fascia péri-vésical, aponévrose d'Halban, muscles ischio-clitoridiens.**

Marion réalise, si possible, deux plans sous-urétraux, un plan fibreux, un plan musculaire sous-jacent. La suture est réalisée par des fils non résorbables, en U transversal.

— Suture de l'incision vaginale aux crins de Florence. La petite ceinture musculo--aponévrotique ainsi constituée doit agir, non seulement par son élément contractil, mais simplement en élevant la paroi urétrale postérieure et en aplatissant la cavité du col.

AVANTAGES. — La technique est facile et l'intervention rapide. Elle a aussi l'avantage d'être facilement réalisable comme temps complémentaire d'une cure de cystocèle.

D'autre part, lorsqu'il s'agit d'incontinence d'origine musculo-fasciale, la plastie directe doit toujours être employée en premier lieu et aussi comme base d'autres interventions.

INCONVENIENTS. — Mais la valeur plastique des éléments utilisés peut être mise en doute, surtout au niveau d'un périnée traumatisé. Les éléments musculaires qui sont pour la plupart inexistants se coupent au moment de leur suture.

Il faut alors rechercher d'autres moyens de faire une plastie résistante.

b) Delanglade, V. Richer, Halban, Pestalozza, ont proposé, à leur tour, d'utiliser les **faisceaux antérieurs des muscles releveurs.** Le temps spécial consiste donc dans un décollement vaginal poussé plus loin, latéralement, pour découvrir ces bords latéraux des releveurs et les rapprocher, en ménageant au maximum les formations érectiles.

Mais la dissection de la partie antérieure du releveur n'est pas toujours facile et la réunion des deux bords au milieu peut être difficile à cause de la tension. D'autre part, les faisceaux rétro-pubiens des releveurs sont de médiocre qualité, insuffisants pour offrir un support efficace à l'urètre.

c) Martius, précédé par Halban indiqua en 1928 une méthode consistant à employer le muscle **bulbo-caverneux.** On fait une incision le long de la grande lèvre et l'on dissèque du muscle bulbo-caverneux au fragment dont l'extrémité postérieure reste réunie avec sa base.

Par un tunnel qui réunira le terrain opératoire du col vésical à celui de la grande lèvre, on saisit avec une pince le muscle mobilisé et on le pose sur le col vésical où il est fixé par deux ou trois fils.

Dans ces trois opérations légèrement différentes, les auteurs n'ont jamais compté sur la fonction contractile du muscle, mais sur sa fonction de soutien.

d) Nous ne citerons que pour mémoire les interventions proposées par Baker-Brown, Rutenberg J. Rose, interventions ayant pour but de créer à côté de l'urètre une voie artificielle contrôlée par la malade

elle-même, l'intervention proposée par Gersung, ayant pour but de rétrécir l'urètre par torsion, toutes interventions totalement abandonnées. Mais nous dirons quelques mots de l'allongement de l'urètre par **transplantation de l'orifice urétral externe**, opération remise en honneur par Pawlick, Dudley, Berkow, Rauramo.

— Une incision vaginale antérieure, périurétrale triangulaire ou circulaire amorce le clivage péri-urétral.

— La dissection réalisée sur une sonde, l'orifice méatique est transplanté le plus haut possible sous le clitoris, et, avant de fermer la paroi vaginale, on réalise un soutènement sous-urétral par la suture des éléments musculo-fibreux trouvés. Cette méthode paraît séduisante et réalise deux buts : la modification de la coudure urétro-vésicale et en même temps la plicature sous-urétrale. Mais malgré tout le temps d'action péri-urétral paraît critiquable par sa difficulté.

2° Méthodes de suspension du col.

Ces méthodes utilisent la voie abdominale, extra-péritoniale.

a) **Opération de Perrin (1945)**

Le but en est simple et élégant. Il s'agit de tirer sur le col, de le rapprocher de l'origine pubienne, pour modifier en le fermant l'angle très ouvert chez la femme constitué par l'axe urétral et l'axe vésical.

Pour ce faire, Perrin intervenant par voie médiane sous ombilicale et refoulant le péritoine, dissèque le col vésical, repéré par une sonde de de Pezzer, et l'amarre au surtout fibreux rétro-pubien, cependant que des lins faufilés dans l'épaisseur de la face antérieure de la vessie, attachant celle-ci aux insertions pubiennes des grands droits.

Les résultats de cette méthode sont excellents ; quelques critiques, néanmoins, peuvent y être apportées.

La valeur des tissus d'amarrage est contestable. Quels sont ces éléments ? Ligament fibreux rétro-symphysaire, ligament arqué sous-symphysaire. Plus efficace semble être l'insertion des muscles droits. Quant aux ligaments pubo-vésicaux, ils sont de valeur pratique nulle.

On a reproché à cette méthode la difficulté de passer des points vésicaux solides sous la menace de transfixier toute l'épaisseur de la vessie.

Enfin, le principe de décollement sous-péritonéal dans l'espace de Retzius s'il n'est pas hémorragique, peut être une source d'infection. Malgré tout, cette méthode reste excellente et les succès sont presque constants.

b) **Opération de Léger (1946).**

Léger, reprochant à l'opération de Perrin de tirer sur le col vésical par des fils surtendus dans l'espace de Retzius entre les droits et le col vésical, et à ces fils de couper les tissus qu'ils sont destinés à suspendre, a procédé à une modification de cette cervico-cystopexie.

— Repérage du col par la perception du pavillon de la sonde de de Pezzer.

— L'aiguille de Jalaguier charge le tissu périvaginal et un peu de la paroi urétrale antéro-latérale, immédiatement sous le col de la vessie et y passe un fil de lin dont on garde sans les nouer les deux

chefs (à droite et à gauche).

— Deux autres fils sont faufilés transversalement dans l'épaisseur de la paroi vaginale antérieure. Sans les nouer on en repère les chefs.

— Aux dépens de la gaine aponévrotique des droits on taille de part et d'autre de la ligne médiane une languette d'un centimètre de large sur trois centimètres de long environ, à pédicule inférieur pubien.

— Le bout supérieur de ces languettes aponvrotiques à charnière pubienne est rabattu vers le pubis et solidarisé par transfixion au fil urétro-vaginal homolatéral préalablement mis en place.

— En serrant et nouant le fil, on réalise un amarrage aponévrotique du col au bord supérieur de la symphyse pubienne.

— On termine l'intervention en faisant passer les fils de suspension de la paroi antérieure de la vessie au travers de la gaine des droits et en les nouant en avant de celle-ci.

Complication technique inutile, pense Couvelaire qui reste fidèle à l'opération de Perrin, cette méthode semble cependant plus anatomique et les éléments fixateurs plus solides.

Elle évite la suppuration que l'on peut voir naître à partir des fils de lin suspenseurs. Ses résultats, comme son principe, sont identiques à ceux de Perrin.

3° Méthodes réalisant un anneau péricervical ou un hamac sous et latéro-cervical.

Ces types d'intervention paraissent beaucoup plus satisfaisants au point de vue anatomo-physiologique.

Elles sont ou abdominales ou abdomino-périnéales.

a) Intervention de Goebel-Stoeckel (1910).

Nous avons vu que l'idée primitive de ces auteurs était la réalisation d'une plastie vivante, d'une néo-sphinctérisation du col. Quoi que fausse, cette idée était féconde dans ses résultats et ce ne sont que les difficultés techniques qui ont amené à modifier cette intervention.

L'intervention est réalisée par voie abdominale sous-péritonéale. Le temps délicat, dangereux souvent est le décollement péri-urétral complet. Anatomiquement, en effet, nous savons combien étroites sont les connexions urétro-vaginales, et créer un plan de décollement souvent à l'aveugle, au fond d'un puit a amené des perforations vaginales fréquentes et parfois multiples.

Les cas nombreux ont fait renoncer à cette technique. En effet, ce temps est la seule difficulté opératoire. Il ne reste plus qu'à passer en 8 de chiffre autour du col libéré le lambeau aponévrotique taillé aux dépens de la gaine aponévrotique des muscles droits et pédicule en bas à l'insertion du muscle pyramidal.

Le gros reproche fait à cette méthode a été le danger réel du décollement urétro-vaginal, comme l'anatomie le laissait prévoir. Ce décollement est possible mais fait au jour par une voie directe et non par voie abdominale.

C'est dans ce but que **V. Richer** a apporté une modification qui permet de faciliter ce décollement. Il place avant l'intervention un spéculum vaginal qui restera ouvert durant l'opération. Le plan de la valve antérieure du spéculum facilite en effet le repérage, mais n'apporte aucune facilité au clivage urétro-vaginal.

En fait, actuellement, la grande majorité des chirurgiens a abandonné cette technique en raison de cette difficulté.

Leur idée dominante semble d'avoir cherché à réaliser le même résultat : cravater complètement le col vésical en réalisant un décollement urétro-vaginal facile, par une voie sans danger.

Ce sont les interventions de Scaula, Michon, Figarella, Aldridje et Studdiford pour ne citer que les plus classiques.

Tous ces auteurs réalisent le décollement sous-urétral par voie vaginale et pour la pexie, par voie abdominale. La voie vaginale rend facile le temps laborieux et dangereux de l'opération de Goebel-Stoeckel.

En outre, le cystocèle fréquemment associé, justifie souvent cette voie.

Quelle que soit l'incision vaginale pratiquée, transversale ou longitudinale, le décollement entre le fascia perivisical et périvaginal est toujours réalisable à vue. Amorcé aux ciseaux, il peut être poursuivi souvent à la compresse dans la paroi haute de la cloison urétro-vaginale.

L'urètre, repéré par une sonde, est ménagé aisément et une perforation vaginale par cette voie est un incident bénin, facilement réparable au cours de la suture de cette colpotomie.

Le décollement sous et latéro urétral réalisé suffisamment haut, l'index, introduit en arrière de la symphyse et collé à elle, effondre facilement l'espace de Retzius des deux côtés de l'urètre. Ainsi est créé un trajet en fer de cheval où passera le lambeau aponévrotique.

b) **L'opération de L. Michon.**

Dans sa technique primitive comprenait trois temps :

— Temps vaginal de décollement vagino-urétral et de cure de cystocèle au besoin.

— Temps abdominal qui permet la taille d'un lambeau aponévrotique de 12 cm. de longueur, sur 1,5 cm, de largeur, pédicule à base inférieure pubienne. Le bout aponévrotique libre est passé en 8 de chiffre tout autour du col vésical.

— La fermeture de l'incision vaginale ne se réalise qu'après fermeture pariétale de l'abdomen.

Ces trois temps offrent des inconvénients : deux changements de position opératoire et un danger sérieux de contamination microbienne en partant, pour revenir à la voie vaginale après un temps abdominal, au cours duquel, même on pourrait être amené à revenir au décollement sous-urétral.

Le troisième temps pouvait être facilement supprimé à condition de jalonner le trajet sous et latéro-urétral pour permettre sa reconstitution facile dans le temps abdominal. L'auteur et Couvelaire ont donc marqué ce trojet par une ou deux compresses qui étaient retrouvées par voie haute, et la colporraphie antérieure pouvait être

achevée dans le premier temps.

Cette technique qui nous paraît assurer de façon la plus solide les buts poursuivis se heurte à des inconvénients qu'ont bien souligné les auteurs. C'est d'abord dans les suites opératoires, en dehors du danger infectieux la possibilité d'une rétention d'urines qui peut persister plusieurs semaines. Les examens cystoscopiques post-opératoire ont révélé parfois une véritable barre en arrière de l'orifice urétral de la vessie, créant un bas-fond vésical, cause de rétention, d'infection. Les auteurs y voient un excès de redressement de la courbure urétral, une mise en tension trop forte de la suspension aponévrotique, et la difficulté opératoire réside dans la mesure exacte de cette tension aponévrotique. Soulever le col trop mollement, c'est s'exposer à un échec ; le tirer trop haut, c'est aller au devant de ces incidents qui cèdent heureusement spontanément. Il semble que le passage de la bande aponévrotique en 8 de chiffre cerclant complètement le col est un excès. Le seul passage en hamac suffit et évite parfois cet inconvénient de rétention post-opératoire.

C'est cette modification dans le passage du lambeau aponévrotique, ajoutée à quelques modifications de détail, qui font l'originalité de l'opération de Studdiford.

c) **Studdiford.**

Elle comporte deux temps :

— Le temps vaginal ne vise qu'à créer un tunnel sous et latéro-urétral et à le baliser par un drain n° 30 passé en fer à cheval et dont les deux extrémités s'enfoncent dans l'espace de Retzius.

— Le temps abdominal comporte le prélèvement du fascia aponévrotique aux dépens de la gaine des muscles droits. L'auteur prélève un long lambeau dépassant l'ombilic en hauteur. L'extrémité libre du lambeau est fixé par un point au catgut à une extrémité du drain. L'autre bout du drain, tiré, amène le passage de l'aponévrose sous l'urètre.

Cette intervention donne satisfaction. Elle est simple, rapide, exempte de temps dangereux. D'autre part, elle permet dans le temps abdominal l'exploration et le traitement d'une affection utéro-annexielle.

Les inconvénients de cette technique sont de deux ordres :

D'ordre infectieux : le temps du décollement sous-péritonial s'il n'est pratiquement pas hémorragique, dissocie néanmoins du tissu cellulo-adipeux fragile. Les deux voies d'abord font craindre un danger infectieux. Avant de refermer la paroi abdominale on pourra utilement infiltrer l'espace celluleux rétro-symphysaire de 100.000 unités de pénicilline.

D'ordre mécanique : le point délicat est de mesurer de façon judicieuse la traction, pour éviter une récidive ou une rétention. Par contre ses avantages sont ceux des voies combinées vagino-abdominales. Le temps vaginal permet la cure du cystocèle et permet tout aussi bien de faire une opération de Marion.

La voie abdominale permet l'exploration abdominale.

Enfin, c'est une technique commode, rapide, exempte de danger.

Tels sont les trois groupes dans lesquels on peut se permettre de classer les différentes opérations. Les variantes et des différences de technique ont été nombreuses, mais nous avons voulu nous limiter à quelques types classiques connus et à quelques nouvelles techniques intéressantes.

4° Nous allons citer à présent quelques opérations qui n'entrent pas dans les trois chapitres et qui, d'ailleurs, visent plus spécialement d'autres buts, mais qui, à l'occasion, suivant l'âge et les désirs de la malade, peuvent très bien se pratiquer dans l'incontinence et donner d'excellents résultats.

Il s'agit de :

— l'opération de Schauta-Wertheim ;

— l'opération de Lefort ou mieux, de Labhardt.

a) **Le Shauta-Wertheim** ou interposition de l'utérus, imaginée pour guérir un prolapsus et surtout une cystocèle créé une antéflexion exagérée, ferme l'hiatus génital et donne à la vessie le soutien puissant de l'utérus lui-même.

Elle soulève ainsi le col et peut, pour cette raison, être employée aussi dans des cas sans prolapsus.

L'utérus, en effet, s'il n'est pas trop prolabé avant l'opération a une tendance marquée au redressement. Ainsi se produit d'une part, une compression du col, et, d'autre part, un certain étirage de l'urètre.

On observe quelquefois, après l'intervention, une rétention passagère, c'est-à-dire une hypercompensation de l'incontinence. S'il y a prolapsus surajouté, il est indispensable de compléter l'interposition par une opération fixant le col vers le haut, par exemple l'opération de Kielland.

Pour cette opération, dont nous supposerons la technique connue, il est évident qu'il faut être sûr de la non apparition d'une nouvelle grossesse, la malade étant alors exposée à une rupture interne ou en tout cas à une césarienne certaine. Pour cette raison, le principe de sétriliser la malade est adopté par tous les spécialistes.

C'est dire que, en principe, cette opération ne pourra être posée que dans des cas très précis.

b) C'est encore un peu plus vrai pour l'opération de Lefort, ou cloisonnement du vagin, qui ne peut être pratiqué que chez des femmes âgées et consentantes.

D'ailleurs, plus que l'opération de **Lefort,** c'est celle de **Labhardt** qu'il faudrait pratiquer.

Dans l'opération de Lefort, en effet, la traction de la cicatrice agit de façon antagoniste au sphincter de la vessie et offre parfois l'inconvénient de donner lieu à des incontinences urinaires.

C'est pourquoi Labhardt, au lieu de fermer le vagin en direction antéro postérieure, le ferme en sens latéro-latéral pour ne pas contrarier la fonction du sphincter vésical.

De toute façon ce dernier groupe d'opérations est tout-à-fait accessoire dans le sujet traité et ne pourrait être indiqué que dans des conditions très spéciales.

Ainsi se trouve terminé ce coup d'œil rapide sur quelques tech-

niques opératoires. Avant de faire un essai d'indications opératoires, essai basé sur les bases anatomo-pathologiques et étiologiques étudiées, nous allons reprendre les observations citées plus haut et voir le résultat obtenu par l'intervention.

CHAPITRE TROISIEME

RESULTATS ET OBSERVATIONS

Les observations que nous exposons sont prises entre d'autres, parce que dans certaines d'entre elles nous avons pu noter quelques incidents qui nous permettront de voir la valeur et la faiblesse respective de chacune des techniques employées.

Il est un fait que les opérations associées auraient beaucoup plus de chance de réussite complète mais il faut compter avec la malade qui ne demande généralement pas que l'on multiplie les temps opératoires ou que l'on prolonge, plus que de raison, un temps opératoire unique. Dans les indications opératoires, nous essaierons de rechercher quelle serait logiquement la meilleure technique à employer ou tout au moins le type d'opérations à envisager. Ce ne sera, évidemment pas toujours, l'opération employée dans nos observations.

Des trois techniques employées le plus souvent, c'est-à-dire l'opération de Perrin ou sa modification par Léger, l'opération de Studdiford, et celle de Marion, il semble que ce soit cette dernière qui ait le moins grand pourcentage de succès.

Les statistiques ne peuvent être encore faites et, d'autre part, nous verrons que chacune des opérations trouve sa place dans des indications spéciales.

PREMIERE OBSERVATION.

Madame V... n'a présenté aucune grossesse, mais elle a été opérée en juin 1946 d'une hystérectomie sub-totale pour fibrome. Elle a 40 ans lorsqu'elle vient en consultation pour incontinence d'urine, soit six mois après l'intervention chirurgicale.

Depuis l'opération, ses règles sont normales : 30 jours 5 jours. L'examen Gynécologique révèle une légère cystocèle. Le col utérin est très mobile. A l'examen de l'urètre, pas de découvertes anormales. Il n'y a pas d'aplasie sphinctérienne.

En résumé : incontinence post-opératoire associée à une très légère cystocèle.

La malade subit en février 1947, l'opération de Perrin, modifiée par Léger. Suites opératoires normales.

La sonde est retirée quarante-huit heures après l'intervention.

Résultats excellents.

La malade est revue un an après l'opération : les mêmes résultats excellents persistent.

DEUXIEME OBSERVATION

Madame B..., 34 ans, toujours bien réglée, fait en janvier 1944 un premier accouchement qui dure trente-six heures et se termine par l'application d'un forceps et une épisiotomie. Dans le mois qui suit, elle fait une incontinence d'urine grave sans cystocèle, grave

parce que le psychisme de la femme est atteint et qu'elle parle de mettre fin à ses jours.

Aucune lésion associée, mais aplasie sphinctérienne.

En résumé : incontinence post-partum précoce.

Début 1945 : opération de Marion. Cette opération est suivie d'excellents résultats.

La malade fait un deuxième accouchement en décembre 1946 : 24 heures de travail, expulsion spontanée d'un enfant pesant 3 kgs 250. Suites normales.

Actuellement la femme présente une troisième grossesse et doit accoucher vers le 15 janvier 1949. La question de la césarienne est en suspens.

Donc, parfait résultat de l'opération de Marion, celle-ci ayant résisté à l'épreuve d'une grossesse et d'un accouchement.

TROISIEME OBSERVATION.

Mme L..., 35 ans, a eu un accouchement au mois de septembre 1946 dont on ne connaît pas les détails, sinon que ce fut un siège.

Trois semaines après, incontinence d'urine. A l'examen, cystocèle et urétrocèle importantes.

En résumé : Incontinence post-partum précoce.

Au mois de décembre 1946, opération de Marion. Excellents résultats, mais la malade n'a pas été revue.

QUATRIEME OPERATION.

Mme E..., 42 ans, bien réglée jusqu'en 1947, présente dans ses antécédents un accouchement datant de 18 ans.

Depuis 1946, incontinence d'urine . Pas d'opérations gynécologiques ou urinaires.

A la cystoscopie : varicosités du col vésical et légère aplasie sphinctérienne. Col métritique, utérus fibreux.

Là, le traumatisme obstétrical ne peut être prouvé et il peut aussi bien s'agir d'une aplasie sphinctérienne en relation avec la période préménopausique de la malade, période réputée hyperfolliculinique.

Il n'a été fait ni dosages d'hormones, ni biopsie d'endomètre. Le 26 janvier 1948, cependant, la malade est opérée. L'opérateur commence par un Studdiford mais est obligé de terminer l'opération par une opération de Léger, une branche du drain n'ayant pu être retrouvée (faute de technique).

Suites opératoires fibriles: ictère et suppuration de la cicatrice opératoire.

La malade sort de l'hôpital le 3 mars 1948, en bonne santé. Son incontinence d'urines a disparu.

Le recul serait nécessaire pour pouvoir apprécier.

CINQUIEME OBSERVATION.

Mme G..., 25 ans, réglée normalement, présente dans ses antécédents deux accouchements normaux, l'un datant de trois ans, l'autre d'un an.

Depuis quelques semaines, soit neuf mois après son dernier accouchement : incontinence d'urine orthostatique.

A l'examen : rectocèle et cystocèle. On découvre, en outre, un petit myome du corps utérin.

En résumé : Incontinence post-partum tardive.

Le 21 janvier 1947 : opération de Perrin, modifiée par Léger. Excellant résultat. Mais la cystocèle et le rectocèle persistent. Le 12 avril 1947 : colporrophie antérieure et périnéorraphie postérieure.

La malade a été revue en décembre 1947 : les bons résultats persistaient. Mais, comme pour toute opération de ce genre, l'épreuve de la grossesse serait nécessaire.

SIXIEME OBSERVATION.

Mme M..., 35 ans, dont les deux accouchements datant respectivement de 1939 et 1941 ont été très normaux et très rapides, a des règles irrégulières et surtout abondantes.

Elle présente une incontinence depuis 1944, incontinence rythmée plus spécialement par les périodes intermenstruelles.

Elle présente, en outre, quelques signes d'hyperfolliculinisme, affirmés par des frottis vaginaux et un petit myome du corps utérin.

Elle est mise dès 1943 aux sels de Testostérone : 3 mois à la dose de 120 milligrammes par mois; 5 piqûres par mois de Stérandryl 25.

Dès la troisième piqûre, amélioration sensible. A la fin du premier mois, plus d'incontinence. Le myome, d'autre part, n'a pas augmenté de volume.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Mme G..., 24 ans, à la suite d'un accouchement normal en 1934, a commencé à être incontinente six mois après mais très légèrement, dans des efforts extrêmes (en faisant du vélo, en courant). La malade supporte allègrement son mal, lorsqu'en 1947, une aggravation subite la fait consulter.

Le 8 juillet 1947, opération de Léger, résultat moyen puisque la malade ne fait que revenir à son état antérieur. Incontinence dans les efforts extrêmes.

Revue en consultation en avril 1948 : état stationnaire, mais la malade n'est que peu incommodée.

Néanmoins on la décide à se faire réopérer.

Le 28-5-1948 on décide de faire une opération de Marion. Les résultats sont excellents.

Lorsque l'incontinence survient immédiatement après un accouchement, il y a de fortes chances qu'il y ait lésion du sphincter. Il ne suffit pas de suspendre le col ou de le soutenir, mais il faut le réparer au maximum. Nous reverrons ce fait dans les indications opératoires.

HUITIEME OBSERVATION.

Mme L... Marie-Thérèse, 35 ans, se présente à la consultation de Gynécologie le 2-1-1948.

Règles de cycle très irrégulier mais de durée et d'abondance sensiblement normales. Leucorrhée abondante tachant fortement le linge. Elle accuse surtout une incontinence d'urine au moindre effort avec douleurs abdominales sans relation avec les règles et exacerbées par la station debout. Nécessité d'une garniture protectrice.

Dans les antécédents : deux enfants de 11 ans et 8 ans. Accouchements normaux non dystociques et sans déchirures périnéales. Réglée à 10 ans et opérée en 1944, soit il y a quatre ans, d'un kyste de l'ovaire. Pas de fausses-couches.

A l'examen : utérus en rétroflexion, mobile, réductible, colpocèle avec urétrocèle assez marquées. Annexes saines mais avec sensibilité légère au toucher du cul-de-sac latéral gauche. Utérus de dimensions normales. Col sain, urines normales. Examens préopératoires normaux.

Le 9-1-1948 : Intervention. Opération de Studdiford. Suites opératoires sensiblement normales. Ablation de la sonde vésicale au troisième jour. Nécessité de sondages pendant deux jours, puis passé ce laps de temps, rétablissement des mictions spontanées, un peu difficiles et exigeant un effort.

Mais on revoit la malade huit jours après sa sortie : elle nous apprend qu'elle est obligée, pour uriner, de se faire sonder. On institue immédiatement des séances d'effluvation et, au bout de huit séances, la malade est améliorée.

Cette observation est intéressante parce qu'elle montre la difficulté inhérente à touet opération visant à suspendre ou à soutenir le col. On n'a, en effet, que peu de moyens de savoir si la traction est suffisante ou si, au contraire, elle est trop importante. C'est le reproche que l'on peut adresser aussi bien à l'opération de Perrin, à celle de Léger, qu'à celle de Michon ou celle de Studdiford.

Ce n'est qu'à force d'expérience et d'habitude que l'on doit être capable de donner à sa traction une intensité suffisante et pas trop grande.

NEUVIEME OBSERVATION.

Mme R... Madeleine, 22 ans, se présente à la consultation le 17-11-1947. Bien réglée, mais cycle très court : 26 jours, durée 6 jours, pertes sanguines abondantes. Accuse surtout une incontinence d'urine qui constitue une véritable infirmité. Pertes involontaires d'urine au moindre effort: toux, rire, etc... La malade est obligée de porter en permanence une « garniture » protectrice et présente une dépression psychique profonde, liée à cette infirmité. Douleurs abdominales et surtout lombaires à la station debout, même non prolongée. Dans les antécédents : deux grossesses à terme pour deux enfants ayant actuellement 3 ans et 7 ans. Accouchement normal sans déchirure périnéale. Travail obstétrical de durée normale. Une fausse couche suivie de curettage entre le premier enfant et le second, soit il y a deux ans.

A l'examen : Utérus sensiblement normal en position intermédiaire. Annexes saines. Cystocèle discrète, appréciable seulement à la toux et en position debout. Pas de rectocèle, pas de colpocèle.

Examens préopératoires normaux.

Intervention le 4-12-1947. Méthode de Studdiford. Suites opératoires fébriles. Les mictions se rétablissent dès l'ablation de la sonde, mais elles sont un peu pénibles.

La malade a été revue à deux reprises depuis l'opération. Disparition complète de l'incontinence. Mictions normales. Vidange vésicale parfaite. Au toucher on sent très bien la zone de suspension cervico-vésicale sous la forme d'un sillon qui semble cependant un peu étroit (rétraction de la largeur de la languette aponévrotique).

Excellent résultat, donc, de l'intervention. L'épreuve du temps confirmera ou infirmera.

De cette observation il découle que l'on a intérêt dans l'opération de Studdiford, à tailler une languette aponévrotique assez large, cette languette ayant tendance à se rétracter rapidement.

DIXIEME OBSERVATION.

Mme L..., 36 ans. Incontinence d'urine orthostatique post-partum.

Intervention le 28-11-1947.

Premier temps : Périnéal :

— colporraphie antérieure et passage d'un drain dans les espaces de Retzius,

— périnéorraphie postérieure.

Deuxième temps : Abdominal :

— terminaison du Studdiford.

Excellent résultat. Suites opératoires normales. Revue trois mois après : plus aucune incontinence.

Les interventions utilisant la voie vagino-abdominale, voie mixte, permettent ainsi de corriger les lésions associées.

La voie périnéale : les différents prolapsus et déchirures.

La voie abdominale : les explorations sont faciles et permettent de déceler soit un fibrome, soit un kyste de l'ovaire.

Ces dix observations permettent, à présent, de faire un essai d'indications opératoires. Chaque chirurgien est habitué à sa méthode mais, les techniques étant fort différentes, il est bon d'avoir des idées directrices à sa disposition.

Qu'il nous soit permis ici de remercier le service de Gynécologie de l'Hôpital Bégin, et plus particulièrement le Médecin-Capitaine Mougenot, chef du Service, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui nous a confié ses observations et nous a permis d'acquérir quelque expérience du traitement chirurgical de l'Incontinence d'urine orthostatique chez la femme.

CHAPITRE IV

INDICATIONS THERAPEUTIQUES ET OPERATOIRES

A la lueur des bases anatomiques et étiologiques, il est possible de se faire une idée de la thérapeutique idéale.

Nous allons reprendre nos trois syndromes et essayer de fixer cette thérapeutique idéale.

A. - Le Syndrome endocrinien.

Si ce syndrome, et nous prendrons pour type l'hyperfolliculinie puisqu'elle correspond à l'une de nos observations, est isolé, et si l'on ne retrouve aucune autre étiologie, le traitement par les sels de testostérone et la vitamine B_1 est tout indiqué.

Nous employons particulièrement le Stérandryl 25 à la dose de 150 milligrammes par mois, pendant trois mois. Après quoi, si le traitement s'est révélé efficace, nous diminuerons les doses, soit 100 milligrammes le quatrième mois, et 50 milligrammes le cinquième mois.

Nous associerons, bien entendu, les extraits mammaires.
Dans notre observation (6° observation), l'effet des sels de Testostérone se fait sentir dès la troisième piqûre.

Il est bien entendu que si l'incontinence est liée à un autre trouble hormonal (surénales-thyroïdes...) la thérapeutique changera.

B. - Le traumatisme opératoire.

Dans ce cas, il n'y a pas en principe de lésions du col vésical, lorsque le syndrome est pur. Nous avons vu que l'on peut penser que l'Incontinence provient du seul fait du changement de la courbure urétrale et de l'angle que fait l'urètre avec la vessie.

Dans l'hystérectomie subtotale il y a section des moyens de suspension du col vésical. La cure de la cystocèle par voie vaginale ne sera que très rarement suffisante, parce que si l'on remonte la vessie, on ne peut pas la remonter assez pour pouvoir agir sur la direction urétrale.

Il vaudra mieux dans ce cas employer l'opération par voie abdominale ou par voie mixte, abdomino-périnéale, opération qui recherchera avant tout à redresser le col vésical et par là-même l'angle vésico-urétral.

S'il n'y a pas de cystocèle important, l'opération type Perrin, donnera d'excellents résultats, et sera préférable étant donné sa facilité technique et sa voie d'abord unique.

S'il y a par contre cystocèle et cystocèle important, la voie mixte sera plus spécialement indiquée, car elle permettra de soigner les lésions associées et de guérir l'Incontinence. Nous emploierons de préférence la méthode de Studdiford.

Il est un point sur lequel nous devons insister : on peut

faire une cure prophylactique au cours de l'hystérectomie sub-totale en employant la technique préconisée par Mocquot qui suspend le col utérin restant aux ligaments ronds. Ainsi il redonne une assise à la vessie et l'empêche de s'infiltrer entre la paroi vaginale antérieure et l'urètre.

Dans l'hystérectomie totale, la cure prophylactique ne peut évidemment se faire, et le traitement est plus difficile. En tout cas, il semble bien impossible de faire le tour du col vésical et de le suspendre à la manière de Michon et de Studdiford. On serait obligé de faire un décollement sous-urétral qui serait particulièrement dangereux.

La meilleure opération semble être encore celle de Perrin ou celle de Léger.

Si la malade est âgée et si elle veut bien se laisser faire on pourrait à la rigueur y ajouter un cloisonnement du vagin type Lefort, selon la technique de Labhardt, la technique de Lefort étant contre-indiquée en cas d'Incontinence et pouvant même l'aggraver.

C. - Le Traumatisme obstétrical.

Il en va tout autrement dans l'incontinence post-partum. Là il ne s'agit plus de lésions des moyens de suspension du col, mais de lésions du col vésical lui-même.

Le sphincter est soit disloqué, soit étiré et de nombreuses autres lésions peuvent s'y associer, notamment un effondrement périnéal ou antérieur ou postérieur.

Il ne suffit jamais de faire une réparation des différents prolapsus pour obtenir la cure de cette incontinence.

Le but idéal est la reconstitution d'un sphincter strié suffisant et bien innervé. Ce but ne peut être atteint. Mais on peut redonner, par une plicature sous-urétrale, une musculature assez bonne.

Selon les circonstances, on emploiera la méthode de Marion, ou si les tissus sont mauvais, on ira rechercher les faisceaux antérieurs des releveurs ou les muscles érectiles selon les méthodes respectives de Delanglade et de Martius.

Nous préférerons associer à l'opération de Marion, une voie abdomino-périnéale, type Studdiford.

Le moment opportun de la cure chirurgicale est facile à poser dans le cas de traumatisme opératoire. Mais il est plus difficile dans le Post-partum. Il ne doit pas être trop précoce en raison des récupérations spontanées faisant suite à l'évolution normale des suites de couches. Néanmoins, et nous l'avons vu dans une de nos observations, les troubles fonctionnels et psychiques, conséquence de l'Incontinence, ne permettent pas de rejeter une intervention plus précoce, même si la femme est susceptible de concevoir.

Lors d'un nouvel accouchement, malgré la persistance fréquente des bons résultats de la cure opératoire antérieure, il y aura lieu d'envisager la possibilité d'une Césarienne, à moins que l'on veuille courir le risque de ne plus pouvoir guérir la malade.

D. - En conclusion, il faut faire un bilan exact des lésions de la malade. Les trois étiologies peuvent s'intriquer et plus qu'un traitement unique, on est obligé le plus souvent d'associer les diverses thérapeutiques tant médicales que chirurgicales.

CONCLUSIONS

1° Le syndrome « Incontinence d'urine orthostatique chez la Femme » est polymorphe, tant au point de vue étiologie qu'anatomopathologique et thérapeutique.

Les causes et la pathogénie peuvent être très diverses, mais nous avons essayé d'opposer et de rapprocher dans cette étude trois cas bien spéciaux :

a) L'incontinence d'urine orthostatique, maladie du col vésical, accompagnant, par exemple, un syndrome typique d'Hyperfolliculinie ou certaines suites d'accouchement normal,

b) L'incontinence d'urine orthostatique post-partum,

c) L'incontinence d'urine orthostatique opératoire.

et d'orienter, à la faveur des différences étiologiques, une thérapeutique.

2° Dans le syndrome d'Hyperfolliculinie, il y a incontinence par maladie de la fibre musculaire lisse.

Il est difficile d'ailleurs de délimiter s'il s'agit d'une maladie de la fibre musculaire elle-même, d'une dégénérescence du système nerveux ou plus vraisemblablement d'une atteinte élective de la plaque myoneurale.

On peut concevoir le muscle ou son système moteur comme un récepteur hormonal hypophyso-ovarien au même titre que la muqueuse génitale.

Toujours est-il que la thérapeutique par les sels de Testostérone et la vitamine B_1 a donné des succès incontestables dans ces cas-là.

3° Les deux autres Incontinences peuvent être liées sous le nom d'Incontinence traumatique.

Mais les causes et les conséquences du traumatisme ne sont pas les mêmes.

a) Le traumatisme opératoire.

Dans l'Hystérectomie totale ou subtotale il y a rupture des moyens de suspension du col vésical :

Section des ligaments ronds.

Section des ligaments larges.

— Section des ligaments utéro-sacrés.

En outre, le plancher périnéal lui-même présente une déhiscence dès qu'on enlève le col utérin. La vessie et son col suivent la destinée de cette paroi déhiscente.

On peut donc concevoir une pathogénie mécanique pure où l'incontinence s'associe au cystocèle ou lui succède à brève échéance.

b) Le traumatisme obstétrical.

Il peut provoquer :

— Soit des lésions de même ordre que le traumatisme opératoire.

— Soit des dégâts localisés ou à la zone juxta-cervico-vésicole (écrasement, élongation, fissures, hémorragies, rupture du sphincter) ou à toute autre zone de la filière uro-génitale.

— Nous croyons qu'en outre l'élément retrouvé dans l'Incontinence d'urine « maladie » peut jouer un rôle prédominant, témoin les incontinences post-partum qui cessent spontanément vers le retour de couches.

4° Il ne peut pas y avoir de traitement opératoire pathogénique de l'Incontinence, ni dans l'Incontinence post-partum, car rien ne prouve que le cystocèle en soit la cause, beaucoup de cystocèles ne s'accompagnant jamais d'incontinence, ni à plus forte raison dans celle du traumatisme obstétrical. Le traitement opératoire ne peut qu'essayer être lésionnel.

5° Dans l'incontinence après hystérectomie subtotale, il faut rétablir les moyens de suspension du col vésical. La cure de la cystocèle n'est que très rarement suffisante. L'opération de Perrin, la plus facile techniquement, donne de très bons résultats. Mais on peut tout aussi bien y apporter les modifications de Léger, ou faire une opération par voie mixte abdomino-périnéale, genre Michon ou Studdiford.

Au cours de l'hystérectomie subtotale on peut essayer la cure prophylactique préconisée par Mocquot qui suspend le col utérin aux ligaments ronds.

6° Le traitement est plus difficile lorsqu'il y a eu Hystérectomie totale.

On peut proposer une voie abdominale pure : Perrin ou Léger, ou si les circonstances et la malade s'y prêtent, un cloisonnement du vagin, opération de Lefort.

7° Dans l'Incontinence post-partum, le sphincter vésical est le plus souvent disloqué. Souvent existe en plus un prolapsus de la paroi vaginale antérieure.

Il ne suffit pas de faire une réparation du prolapsus génital pour obtenir la cure de cette incontinence. Il faut refaire le col vésical, lorsque, évidemment, la tonicité du sphincter est assez bien conservée. On peut conseiller alors l'opération de Marion, seule, ou mieux, associée à une voie abdomino-périnéale, genre Michon ou Studdiford.

8° Le moment opportun de la cure chirurgicale, qui est facile à poser dans les cas de traumatisme opératoire, devient difficile à fixer dans le post-partum.

Il ne doit pas être trop précoce en raison des récupérations spontanées faisant suite à l'évolution normale des suites de couches. Mais les troubles fonctionnels et psychiques, conséquence de l'Incontinence, ne permettent pas de rejeter l'intervention lorsque la femme est susceptible de concevoir, même lorsque la patiente désire une opération dans un délai très réduit, au minimum six mois après la parturition.

Lors d'un nouvel accouchement, malgré la persistance fréquente des bons résultats de la cure opératoire antérieure, il y aura lieu d'envisager la possibilité d'une Césarienne, une deuxième cure opéra-

toire pouvant être impossible ou suivie d'échec.

9° Il est bien entendu que les trois étiologies étudiées peuvent s'intriquer et qu'en conclusion, plus qu'un traitement unique, on est obligé le plus souvent d'associer les diverses thérapeutiques tant médicales que chirurgicales.

Vu le Doyen :
LÉON BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
JEAN SARRAILLHE

BIBLIOGRAPHIE

I. — FRANÇAISE.

— COUVELAIRE : Pathologie Chirurgicale, Tome 6, 1947. - Société Française Urologie, Mars 1945.

— DELANGLADE : Cong. de Gyn. et d'Obst., Alger 1907.

— **Encyclopédie Médico-Chirurgicale :** Gynéco. et Obst.

— GENET L : Du traitement opératoire chez la femme de certaines incontinences d'urine (Incontinence par aplanie conginétale de l'urètre et du col), Lyon Th. Méd. 1912-13, N° 17.

— HARTMANN : Gynécologie opératoire, Masson, Paris 1933.

— LEGER : Presse Médicale N° 63, 25 Déc. 1946 (cervico-cystopexie par lambeaux aponévrotiques - Journal Urologie, T. 53, N°s 4, 5, 6, 46, 47, p. 151. - Lyon Chirurgical, T. 41, N° 3, Mai-Juin 1946 (Technique. Indications et résultats des cervico-cystopexies). - Société Française Urologie, 8 juillet 1946 (Cervico-cystopexies par lambeaux aponévrotiques)

— MARION : Traité d'urologie. - Journal d'urologie, 1920, p. 203.

— G. MARION et Jean PERARD : Technique des opérations pratiquées sur la vessie et sur l'urètre, Masson 1942.

— MOUGENOT : Incontinence orthostatique chez la femme (France Médicinale, Janvier 1948).

— MICHON : M.A.C., 12-2-41, T. 67.

— PERRIN : Lyon Chirurgical 1945. - Résultats des Cervico-cystopexies. - Technique des cervico-cystopexies. - Sté de Chirurgie de Lyon, 4 et 28 Mars 1946.

— PERRIN et J. SANTOT : Incontinence d'urine et cystocile après hystérectomie, Sté de Chirurgie de Lyon, 4 et 28 Mars 1946.

— RICHER V. : Journal de Chirurgie, T. 8, Août 1926, Mars 1945. - Société Française d'Urologie, 9 Juillet 1945. - Journal d'urologie médic. et chirurg., T. 53, 1-2-3, 1946-1947. - Société de chirurgie de Lyon, 22 Mai 1945.

— WEBER : Technique chirurg. vaginale (Boillere et fils 1948).

II. — ETRANGERE.

— ALDRIDGE : Am. J. Obst. 1942, 44-398.

— BALDERI-GIOVANNI : Réfection du col de la vessie chez la femme dans certains types d'incontinence, Paris 1923.

— FRANGENHEIM : P. Werh. Dent. obs. hcir., 1914, 43-149.

— GOEBELL : R. Uochr. G. Cyn. Urol., 1910, 2-187. - Zbl. f. Cyn., 1930.

— KENNEDY : Am. J. Obst., 1937, 33-19.

— LABHARDT A. : Subt. Kolp als Prol. bein alten Frauen. - Zbc. f. byn., 1923 5-1932.

— MARTIUS : Die Gynä. Oper. (Thieme, Leipzig, 1932).

— PAWLICK, DUDLEY, BERKOW : Am. J. vol. 41, 1941.

— RAURAMO : Acta. Obst. Gyn. Scand., 1946, 26-124.

— SCHAUTA : Hehr der Gynäk (Wien, Leipzig, 1908).

— STOECKEL : Prehrle. der Gyn. (Hirzel, Leipzig 1931). - Zbl. f. Gyn., 1917, 41-11.

— STUDDIFORD : Am. J. Obst. 1946, 47-764. - Surgeny Gyn. Obst. 1946, vol. 83, N. 6.

— WERTHEIM : Die Tech. der vagi. Bouchkä (Hirzel, Leipzig 1906)

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION 13

CHAPITRE PREMIER

EXAMEN CLINIQUE 15
1° Définition 15
2' Signes d'alarme 15
3° Diagnostic différentiel 16
4° Bilan des lésions 19
Observations 19

CHAPITRE DEUXIEME

TRAITEMENT 22
1° Bases anatomo-physiologiques 22
2° Bases étiologiques 23
3° Traitement proprement dit 27
a) Moyens médicaux 28
b) Problème chirurgical 28
— MARRION 29
— PERRIN 31
— LEGER 31
— GOEBEL-STOEKEL 32
— MICHON 33
— STUDDIFORD 34

CHAPITRE TROISIEME

RESULTATS ET OBSERVATIONS 37

CHAPITRE QUATRIEME

INDICATIONS THERAPEUTIQUES, MEDICALES ET CHIRURGICALES 42

CONCLUSIONS 44

BIBLIOGRAPHIE 47